

組合記入欄	常務理事	事務局

【提出期限】
3月31日

令和 年度インフルエンザワクチン接種補助金支給申請書

被保険者証記号番号	氏 名	接 種 年 月 日
み 歯	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日
み 歯	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日
み 歯	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日
み 歯	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日
み 歯	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日
み 歯	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日
み 歯	(フリガナ)	年 月 日
A		年 月 日

組 合 記 入 欄	支 給 額	円
-----------	-------	---

令和 年 月 日

上記のとおり領収書を添えて申請いたします。

第1種 千 一 診療所所在地 _____

第2種 組合員 _____

第3種 診療所名 _____

第4種 氏 名 _____ 印

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

振 込 銀 行 名	銀行	支 店 ・ 本 店
預 金 種 別	普通預金	当座預金 貯蓄預金
口 座 番 号	※左詰めで記入願います。	
口 座 名 義 人	(フリガナ)	

・申請及び送金先とも、原則として診療所単位とします。
(受診機関が異なる場合でもまとめて申請を。)

もう一度、口座確認を。

【添付書類】 必ず添付してください。
・領収書(写し可) ※接種回数分

< F A Xでの提出はできません >